



RS Premier  
Jatinegara

Jl. Raya Jatinegara Timur No. 85-87  
Jakarta 13310 – Indonesia  
Call Centre : 1500-908  
IGD & Ambulans Direct Line : 1500907  
Business Support : 62-21 2800888 | Fax : 62-21 2800 755  
Email : [rspremier.jatinegara@ramsayhealth.co.id](mailto:rspremier.jatinegara@ramsayhealth.co.id)  
Web : [www.rs-premierjatinegara.com](http://www.rs-premierjatinegara.com)

## SURAT KUASA PERMOHONAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Nomor KTP : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Nomor KTP : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Nomor telepon : \_\_\_\_\_  
Hubungan : \_\_\_\_\_

Untuk mendapatkan informasi medis dari Rumah Sakit Premier Jatinegara atas nama Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua\* yang bernama : \_\_\_\_\_ \*\* dengan nomor rekam medis \_\_\_\_\_ \*\*\* yang dipergunakan untuk keperluan \_\_\_\_\_

Untuk itu saya melepaskan kerahasiaan medis atas diri Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua\* sehingga apabila dikemudian hari kerahasiaan medis Saya Sendiri / Istri / Suami / Anak / Orangtua\* diketahui oleh pihak lain, maka saya melepaskan segala tuntutan hukum apapun terhadap Rumah Sakit Premier Jatinegara termasuk tidak terbatas pada tuntutan perdata dan atau laporan pidana.

Demikian surat kuasa ini dibuat dalam keadaan sadar, sehat jasmani dan rohani, dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Penerima kuasa,

Pemberi kuasa,

Materai  
Rp. 10.000,-

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

**Catatan :**

(\*) **Coret yang tidak perlu**

(\*\*) **Diisi nama pasien yang dimintakan keterangan atau informasi medisnya**

(\*\*\*) **Diisi nomor rekam medis dari pasien yang dimintakan keterangan atau informasi medisnya.**